



DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR  
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR  
COORDENAÇÃO PSICOSSOCIAL

## RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E SOCIAL

(revisão Maio/2024)

### IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. Telefone: \_\_\_\_\_

### DADOS FUNCIONAIS

Lotação: \_\_\_\_\_ Local de Exercício: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_ Data da Admissão: \_\_\_\_\_

3- Solicitação de Reabilitação profissional:

- 1ª Solicitação  
 Prorrogação

**Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM nº. 1658/2002.**  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura:

### RELATÓRIO MÉDICO (preenchido pelo médico assistente do(a) servidor(a) )

#### História da doença atual:

#### Diagnósticos e CIDs:

Início da doença: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Início do tratamento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Seu paciente desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR  
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR  
COORDENAÇÃO PSICOSSOCIAL

O servidor obedece ao tratamento que lhe foi indicado?	( )sim ( )não
A patologia reduz a capacidade laboral do servidor no momento?	( )sim ( )não
A patologia diagnosticada é passível de melhoria, cura ou controle?	( )sim ( )não
A patologia se apresenta de forma definitiva?	( )sim ( )não

Exames realizados que comprovam os diagnósticos:

O Senhor considera que o adoecimento do(a) servidor(a) tem relação com suas atividades laborais? ( ) sim ( ) não Se sim, relate o que o leva a esta afirmação:

Após o tratamento proposto por V. Sa., o(a) servidor(a) poderá readquirir capacidade laboral para o exercício pleno de suas funções?

( )sim ( )não

Qual tempo V. Sa., considera necessário para recuperação do(a) servidor(a):

Assinatura/carimbo com CRM

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.